

ODOTTAAKO POTILAS LÄÄKÄRIKÄYNNILTÄÄN SITÄ MITÄ OLETAMME? KYSELYTUTKIMUS TERVEYSKESKUSPOTILAILLE

Laura Kuusinen
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta
Lokakuu 2017

Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta

KUUSINEN LAURA: ODOTTAAKO POTILAS LÄÄKÄRIKÄYNNILTÄÄN SITÄ MITÄ OLETAMME? KYSELYTUTKIMUS
TERVEYSKESKUSPOTILAILLE

Kirjallinen työ, 13 s.
Ohjaaja: professori Elise Kosunen

Lokakuu 2017
Avainsanat: odotukset, perusterveydenhuolto, vastaanottokäynti, vuorovaikutus

TIIVISTELMÄ

LÄHTÖKOHDAT

Kansainväliseen QUALICOPC-tutkimukseen liittyvän kyselyn tarkoituksena on selvittää terveyskeskuspotilaiden arvostuksia ja odotuksia lääkärikäynnin suhteen, erityisesti koskien terveyspalveluiden saatavuutta, lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta sekä osallistumista omaan hoitoonsa.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Suomen Lääkäriliiton rekisteristä valittiin satunnaisotoksella 700 terveyskeskuslääkäriä, joita pyydettiin osallistumaan tutkimukseen. Alhaisen vastausaktiivisuuden vuoksi otosta täydennettiin kohdistamalla kysely lisäksi Tampereen yliopistossa yleislääketieteeseen erikoistuville ja suoraan TAYS:n erityisvastuualueen terveyskeskuksiin. Jokaista suostumuksensa antanutta lääkäriä (n=138) kohti pyydettiin yhtä potilasta osallistumaan odotuksia ja arvostuksia koskevaan kyselyyn. Vastauksia saatiin 129.

TULOKSET

Vastaajista 95 % piti helppoa vastaanottoajan varaamista tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Vain puolet vastaajista piti tärkeänä, että saattoi halutessaan mennä toisen lääkärin vastaanotolle. Pitkiä aukioloaikoja pitivät tärkeimpänä 40-65-vuotiaat. Kaikki potilaat taustatekijöistä riippumatta pitivät lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen liittyviä asioita tärkeinä, poikkeuksena potilaan henkilökohtaisen, sosiaalisen ja kulttuurisen taustan tuntemus, jota vain 38 % piti tärkeänä. Vastaajista 95 % piti tärkeänä tai erittäin tärkeänä sovitun hoitosuunnitelman noudattamista, mutta ainoastaan kolmannes piti tärkeänä saada lääkäriltä tietoa luotettavista tiedonlähteistä, esim. Internet-sivustoista. Pitkäaikaissairailla oli enemmän odotuksia sekä lääkärin että omaan hoitoon osallistumisensa suhteen verrattuna niihin, joilla ei ollut pitkäaikaissairautta.

PÄÄTELMÄT

Potilaiden odotukset lääkärikäyntien suhteen vastasivat melko hyvin sitä, mitä aiemman tutkimuksen perusteella oli odotettavissa. He toivoivat saavansa vastaanottoajan helposti ja lääkärin kuuntelevan heitä sekä paneutuvan heidän asiaansa. Suurin osa potilaista oli halukkaita osallistumaan omaan hoitoonsa aktiivisesti, mikä tarjoaa hyvän perustan muutokselle kohti potilaslähtöistä terveydenhuoltoa.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
2. AINEISTO JA MENETELMÄT	2
3. TULOKSET	5
PALVELUIDEN TAVOITETTAVUUS	5
LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VUOROVAIKUTUS	6
POTILAAN OSALLISUUS JA OMA AKTIIVISUUS.....	7
4. POHDINTA.....	9
LÄHTEET	12

1. JOHDANTO

Oma arvomaailma on aina taustalla potilaan arvioidessa terveydenhuoltoa ja tehdessä hoitoonsa liittyviä päätöksiä. Arvostukset ja odotukset vaikuttavat esimerkiksi hoitomyöntyvyyteen. Ne ovat yhteydessä mm. sosioekonomiseen taustaan, ennakkokäsityksiin ja aikaisempiin kokemuksiin. (1) Potilaiden arvot ja mieltymykset huomioivalla potilaskeskeisellä toimintatavalla on havaittu positiivisia vaikutuksia myös hoidon taloudelliseen tehokkuuteen hoitotulosten paranemisen ja vuosikustannusten pienenemisen kautta (2, 3).

Potilaat pitävät tärkeänä helppoa vastaanotolle pääsyä. Pidennettyjen vastaanoton aukioloaikojen on todettu lisäävän potilastyytyväisyyttä (4, 5) ja ne saattavat myös vähentää viivettä hoitoon hakeutumisessa (6). Toisaalta potilaat odottavat vastaanottoaikaa pidempäänkin, jos saavat siten aikatauluihinsa paremmin sopivan ajan (7). Jos sopivaa vastaanottoaikaa ei löydy, potilas käyttää todennäköisemmin päivystysaikoja (8, 9).

Hoidon jatkuvuuden on havaittu useissa tutkimuksissa lisäävän potilastyytyväisyyttä (10). Hoidon jatkuvuus toteutuu paremmin vanhemmilla potilailla ja kroonisia sairauksia sairastavilla potilailla, heikommin kokopäivätyöläisillä, korkeasti koulutetuilla sekä mielenterveyspotilailla. Lisäksi lääkärin iän ja kokemuksen lisääntyminen parantaa myös hoidon jatkuvuutta. (11) Jatkuvuus on myös ennaltaehkäisevän hoitotyön edellytys (5).

Lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen kiinnitetään nykyisin yhä enemmän huomiota. Potilaat odottavatkin lääkäriltä paljon kommunikaation suhteen (12) ja parempi vuorovaikutus on yhdistetty parempaan hoitomyöntyvyyteen (13). Kun hoidon jatkuvuus toteutuu hyvin, kokevat potilaat myös kommunikaation onnistuvan lääkärin kanssa paremmin (14). Epäonnistuneella lääkärin ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella taas voi olla vakavia seurauksia. Esimerkiksi espanjalaisessa perusterveydenhuollon tutkimuksessa havaittiin, että luottamuksen puute lääkäriin, tunne, että lääkäri ei kuuntele ja lääkärin antamien ohjeiden ymmärtäminen väärin lisäsivät yli 65-vuotiaiden, monisairaiden potilaiden tekemiä virheitä lääkkeiden käytössä (15).

Potilaiden osallistumista omaan hoitoonsa on tutkittu paljon viime vuosina (16, 17, 18, 19, 20, 21). Kun potilas osallistettiin omaan hoitoonsa, tyytyväisyys hoidon kulkuun ja sitoutuminen hoitoon paranivat useiden tutkimusten mukaan (16, 17, 18, 20). Sairauksien omahoidon tueksi on kehitelty älypuhelinsovelluksia (22, 23) ja niitä voidaan käyttää myös omaa terveyttä ylläpitävään ja ennaltaehkäisevään toimintaan (24, 25, 26). Suomessa potilaan omahoidon tueksi on joissain kunnissa otettu käyttöön verkkosivustoja mm. kotimittauksia ja itse tehtävää seuranta varten (27).

Suomalaisissa terveyskeskuksissa on havaittu suuria eroja sekä hoitoon pääsyssä että jatkuvuuden toteutumisessa (28), ja hoidon jatkuvuus on selvästi heikentynyt viimeisten 15 vuoden aikana (29). Silti tuoreen tutkimuksen mukaan potilaat kokevat hyötывänsä terveyskeskuskäynneistä (30) ja esimerkiksi sepelvaltimotautipotilaat ovat tyytyväisiä saamansa hoidon järjestelyihin (31). Potilaat pitävät pitkäaikaista hoitosuhdetta hyvin tärkeänä (32), mutta muuten suomalaisten potilaiden odotuksia ja arvostuksia lääkärikäyntiin liittyen on tutkittu vain vähän. Esimerkiksi ei ole tutkittua tietoa siitä, mitä potilaat itse ajattelevat osuudestaan sairautensa hoidossa, vaikka asiaa on viime aikoina korostettu palveluiden suunnittelussa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää terveyskeskuspotilaille tehdyn kyselyn avulla potilaiden arvostuksia ja odotuksia lääkärissä käyntiin liittyen. Arvostuksia ja odotuksia tutkittiin hoitoon pääsyyn, potilaan ja lääkärin väliseen vuorovaikutukseen sekä potilaan aktiiviseen osallistumiseen liittyen.

2. AINEISTO JA MENETELMÄT

Tämä tutkimus on osa Euroopan komission rahoittamaa, 34 maata käsittävää QUALICOPC-hanketta, jonka tarkoitus on tutkia perusterveydenhuollon palveluita sekä niiden laatua ja

kustannusvaikuttavuutta. Aineisto kerättiin rekisteri- ja tilastotiedoista sekä kunkin maan yleislääkäreille ja heidän potilailleen tehdyillä kyselyillä (33).

QUALICOPC:n kansainvälinen tutkijaryhmä laati tutkimuksessa käytetyt kyselylomakkeet alun perin englanniksi. Kyselylomakkeet testattiin pilottitutkimuksessa Belgiassa, Alankomaissa ja Sloveniassa, minkä jälkeen niitä hiottiin asiantuntijalausuntojen ja palautteen perusteella. Lomakkeet suomennettiin, ja vastaavuus alkuperäiseen tarkistettiin vielä Hollannissa kääntämällä suomenkieliset versiot takaisin englanniksi.

Otos suomalaisista terveyskeskuslääkäreistä (n=700) valittiin Suomen Lääkäriliiton rekisteristä satunnaisotoksella. Alhaisen vastausaktiivisuuden vuoksi otosta täydennettiin lähettämällä kysely Tampereen yliopistossa yleislääketieteeseen erikoistuville sekä ottamalla suoraan yhteyttä TAYS:n erityisvastuualueen terveyskeskuksiin. Suostumuksensa potilaskyselyyn antaneiden lääkäreiden (n=139) kymmenelle potilaalle tehtiin yhden päivän aikana kysely vastaanottokäynnin yhteydessä. Kymmenestä potilaasta yhdeksältä kysyttiin heidän kokemuksiin lääkärin vastaanotosta. Yhdeltä kymmenestä potilaasta kysyttiin hänen perusterveydenhuollossa tärkeinä pitämiään asioita ja arvojaan. (33) Heidän vastauksiaan (n=129) tutkimme tässä työssä.

Analysointia varten vastaajat luokiteltiin taustatietojensa perusteella seuraaviin ryhmiin (Taulukko 1.):

- ”erinomainen tai hyvä” ja ”tydyttävä tai huono” terveydentila
- pitkäaikaissairaat ja ei-pitkäaikaissairaat
- 18—39-vuotiaat, 40—65-vuotiaat ja yli 65-vuotiaat
- ”Ei ammatillista koulutusta tai perusasteen koulutus tai alempi toisen asteen tutkinto (ammattikoulu jne.)” ja ”Ylempi toisen asteen koulutus (yo-tutkinto tai opistotasoinen ammattikoulutus) tai yliopisto- tai korkeakoulututkinto”
- ”talouden tulot alle keskitason” ja ”talouden tulot suunnilleen keskitasoa tai sen yli”.

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot (n=129)

	n	%
Sukupuoli		
mies	50	39
nainen	79	61
Ikä		
18-39	30	23
40-65	46	36
yli 65	53	41
Koettu terveydentila		
erinomainen	4	3
hyvä	56	43
tydyttävä	56	43
huono	9	7
Pitkäaikaissairastavuus		
vähintään yksi sairaus*	79	63
ei pitkäaikaissairautta	46	37
Asuminen		
taloudessa asuu alle 18-vuotiaita lapsia	23	18
taloudessa ei asu alle 18-vuotiaita lapsia	105	81
taloudessa asuu muita aikuisia**	83	64
taloudessa ei asu muita aikuisia **	46	36
Työtilanne		
työssäkäyvä tai yrittäjä	33	26
eläkeläinen	68	53
opiskelija	11	9
työtön, työkyvytön tai kotona oleva	17	13
Koulutus		
korkeintaan alempi toisen asteen tutkinto	71	55
korkeampi toisen asteen tutkinto, yo-tutkinto	42	33
yliopisto tai korkeakoulututkinto	16	12
Talouden tulot		
alle keskitason	48	37
suunnilleen keskitasoa	76	59
yli keskitason	5	4

* korkea verenpaine, diabetes, masennus, astma tms.

** mukaan lukien yli 18-vuotiaat lapset

Potilaan odotuksia ja arvostuksia tutkittiin kolmesta eri näkökulmasta: terveyspalveluiden saatavuus/hoitoon pääsy, lääkärin ja potilaan vuorovaikutus sekä potilaan osallisuus ja oma aktiivisuus hoidossaan.

Aineiston analysointiin käytettiin SPSS-tilasto-ohjelmaa. Analysointimenetelmänä oli ristiintaulukointi ja tulosten tilastollinen merkitsevyys tutkittiin χ^2 -testillä.

3. TULOKSET

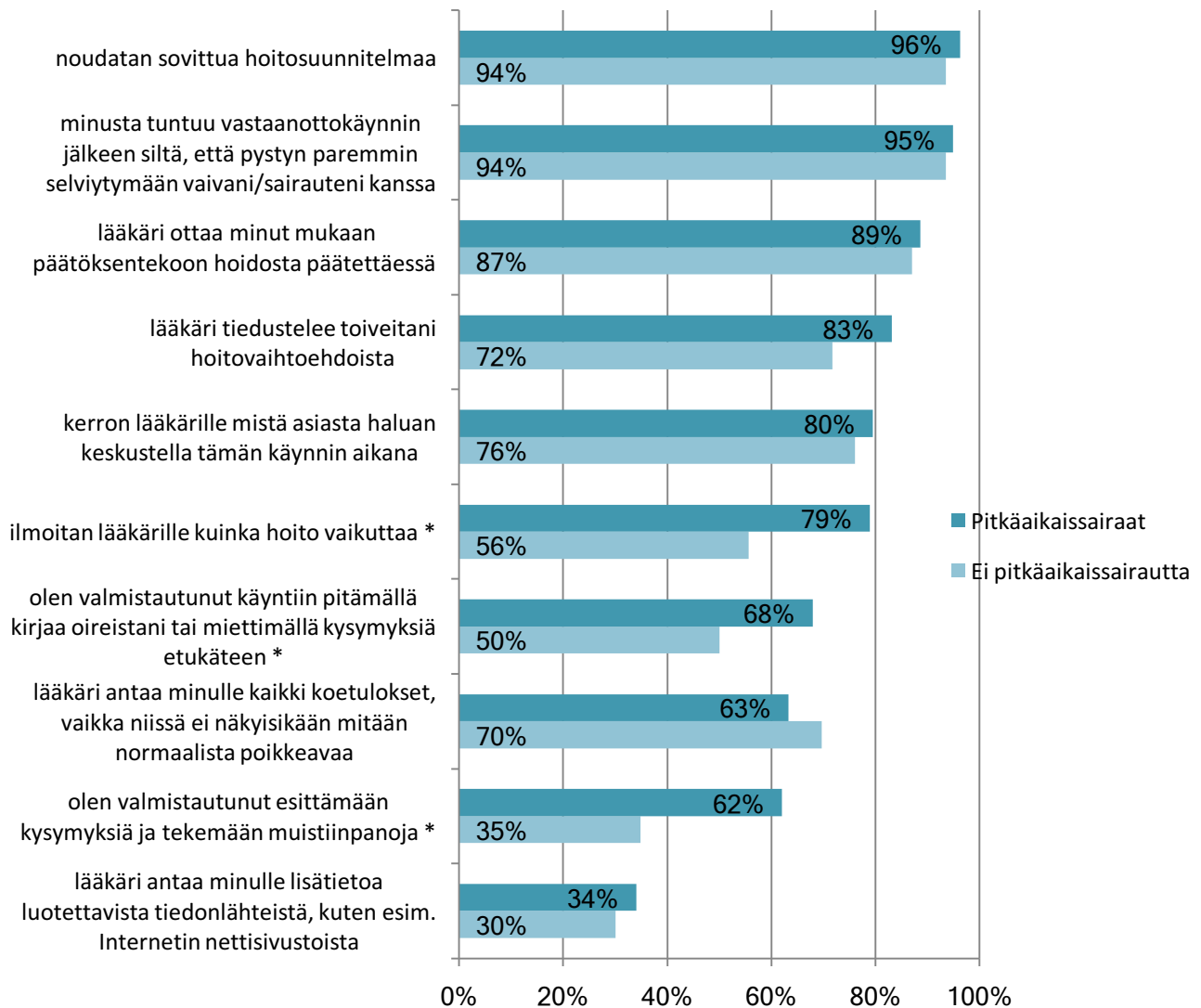
Vastaajia oli kaikkiaan 129, kaksi kolmesta oli naisia. Vastaajien ikä vaihteli 18—96 ikävuoden välillä (keskiarvo 57,3 vuotta, mediaani 62 vuotta). Vastaajista noin puolet oli eläkeläisiä ja kaksi kolmesta sairasti vähintään yhtä pitkäaikaissairautta. (Taulukko 1.)

PALVELUIDEN TAVOITETTAVUUS

Helppoa lääkärinajan varaamista vastaanotolle pidettiin terveystalveluita koskevista ominaisuuksista tärkeimpänä, sillä 95 % vastaajista piti sitä tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Toiseksi tärkeintä oli ”että tiedän kuinka toimia lääkärintarpeessa iltaisin, öisin tai viikonloppuisin” (88 %). Vähiten tärkeänä vastaajat pitivät mahdollisuutta mennä toisen lääkärin vastaanotolle; vain 50 % piti sitä tärkeänä tai erittäin tärkeänä. (Kuva 1.)

Palveluiden tavoitettavuuden osalta vastaajan ikä jakoi mielipiteitä enemmän kuin muut taustatekijät. 40–65-vuotiaiden ikäryhmästä 96 % piti tärkeänä tai erittäin tärkeänä, ettei joudu odottamaan kauan puhelimesta soittaessaan vastaanotolle ($\chi^2=9,908$, $df=2$, $p=0,007$) (taulukko 2.). Samasta ikäryhmästä 22 % piti erittäin tärkeänä, että vastaanotolla on pitkät aukioloajat, kun vastaavat luvut olivat 18–39-vuotiailla 7 % ja yli 65-vuotiailla 8 % ($\chi^2=14,101$, $df=6$, $p=0,029$).

Kuinka tärkeää teille on, että...



Kuva 1. Palveluiden saatavuus. Asiakohtaa tärkeänä tai erittäin tärkeänä pitävien osuudet kaikista kyselyyn vastanneista.

LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VUOROVAIKUTUS

Vuorovaikutuksesta kysyttyjä asiakohtia pidettiin pääsääntöisesti tärkeinä (taulukko 2.) eikä eri taustatekijöiden välillä syntynyt merkitseviä eroja näiden suhteen. Poikkeuksellinen oli asiakohta ”että lääkäri on tietoinen hänen henkilökohtaisesta, sosiaalisesta ja kulttuurisesta taustastaan”, sillä vain 38 % vastaajista piti sitä tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Kuitenkin pitkäaikaissairaat pitivät sitä useammin tärkeänä kuin ne, joilla ei ollut pitkäaikaissairautta (47 % vs. 24 %, $\chi^2=6,458$, $df=1$, $p=0,011$). Ei-pitkäaikaissairaista vastaajista jokainen (100 %) piti tärkeänä tai erittäin tärkeänä, että

lääkäri ymmärtää häntä. Pitkäaikaissairailta vastaava luku oli 90 % ($\chi^2=4,936$, $df=1$, $p=0,026$).
(Taulukko 2.)

Matalimmin koulutetut vastaajat pitivät korkeammin koulutettuja useammin tärkeänä ”että lääkäri saa minut tuntemaan itseni tervetulleeksi katsomalla minua silmiin puhuessaan minulle” (90 % vs. 74 %, $\chi^2=5,435$, $df=1$, $p=0,020$).

Taulukko 2. Lääkäriin ja potilaan vuorovaikutus. Asiakohtaa tärkeänä tai erittäin tärkeänä pitävien osuuden kaikista kyselyyn vastanneista

Kuinka tärkeää teille on, että...	
lääkäri ottaa minut vakavasti	95 %
lääkäri kuuntelee tarkkaavaisesti	94 %
lääkäri ymmärtää minua	94 %
lääkäri kohtelee minua ihmisenä eikä vain lääketieteellisenä ongelmana	91 %
lääkäri ei anna minulle vaikutelmaa, että hänellä on kiire	88 %
lääkäri käyttäytyy kunnioittavasti tutkiessaan minua eikä keskeytä minua puhuessani	85 %
lääkäri saa minut tuntemaan itseni tervetulleeksi katsomalla minua silmiin puhuessaan minulle	83 %
lääkäri tiedustelee onko minulla kysyttävää	82 %
lääkäri tiedustelee minulta olenko ymmärtänyt mitä hän sanoi minulle	80 %
lääkärillä ei ole ennakkoluuloja ikäni, sukupuoleni, uskontoni tai kulttuurisen taustani vuoksi	78 %
lääkäri on tietoinen henkilökohtaisesta, sosiaalisesta ja kulttuurisesta taustastani	38 %

POTILAAN OSALLISUUS JA OMA AKTIIVISUUS

Potilaan osallisuuteen ja omaan aktiivisuuteen liittyvistä asioista tärkeimpänä pidettiin sovitun hoitosuunnitelman noudattamista, vastaajista 95 % piti sitä tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Vähiten arvostettiin sitä, ”että lääkäri antaa lisätietoa luotettavista tietolähteistä, esim. Internetin nettisivustoista” (34 %).

Pitkäaikaissairastavuus jakoi aineistoa aktiivisuutta koskevissa asiakohdissa muita taustatekijöitä enemmän (kuva 2.). Pitkäaikaissairaat pitivät useammin tärkeänä, ”että olen valmistautunut käyntiin pitämällä kirjaa oireistani ja miettimällä kysymyksiä etukäteen” kuin vastaajat, joilla ei ollut pitkäaikaissairautta. Prosenttiosuudet olivat vastaavasti 68 % ja 50 % ($\chi^2=3,929$, $df=1$, $p=0,047$). Lisäksi pitkäaikaissairaat pitivät tärkeämpänä, että ovat valmistautuneet esittämään kysymyksiä ja tekemään muistiinpanoja (62 % vs. 35 %, $\chi^2=8,760$, $df=1$, $p=0,003$) ja että ilmoittavat lääkärille kuinka hoito vaikuttaa (79 % vs. 56 %, $\chi^2=7,400$, $df=1$, $p=0,007$).



Kuva 2. Potilaan osallisuus ja aktiivisuus. Asiakohtaa tärkeänä tai erittäin tärkeänä pitävien osuudet pitkäaikaissairaille (n=79) ja ei-pitkäaikaissairaille (n=46). Merkitsevät erot ($p<0.05$) on ilmoitettu tähdellä (*).

Terveystilaansa tyydyttävänä tai huonona pitävät kokivat tärkeämmäksi kohdan ”että ilmoitan lääkärille kuinka hoito vaikuttaa” kuin terveytensä erinomaiseksi tai hyväksi kokevat (79 % vs. 60 %, $\chi^2=5,277$, $df=1$, $p=0,022$).

Korkeamman koulutuksen saaneet vastaajat pitivät muita useammin tärkeänä ”että lääkäri antaa lisätietoa luotettavista tiedonlähteistä, esim. Internetin nettisivustoista”, sillä heistä 47 % piti asiaa tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Vastaava luku matalammin koulutetuilla oli vain 23 %. Lisäksi matalammin koulutetuista peräti 30 % ei pitänyt asiaa ollenkaan tärkeänä. ($\chi^2=7,681$, $df=1$, $p=0,006$).

Vastaajien iän tai talouden tulojen mukaan jaettujen ryhmien ja potilaan aktiivisuuteen liittyvien arvojen väliltä ei löytynyt tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä.

4. POHDINTA

Tämä terveyskeskuspotilasaineistoon perustuva tutkimus käsitteli potilaiden arvostuksia ja odotuksia lääkärikäynnin suhteen. Tärkeänä pidettiin helppoa ajansaamista lääkärin vastaanotolle ilman pitkiä odotusaikoja puhelimesta. Mahdollisuutta mennä toisen lääkärin vastaanotolle piti tärkeänä vain puolet vastaajista. Vuorovaikutukseen liittyvät seikat olivat lähes poikkeuksetta tärkeitä. Myös omaa osallisuutta hoitoon kuvaavia asioita pidettiin yleisesti ottaen tärkeinä.

Tämä tutkimus on merkityksellinen siinä mielessä, että Suomessa on kartoitettu potilaiden odotuksia ja arvostuksia lääkärikäyntiin liittyen hyvin vähän. Koska kysely tehtiin ympäri Suomea terveyskeskuksissa vastaanotolla käyneillä potilailla, voidaan aineiston ajatella vastaavan hyvin terveyskeskuspalveluita käyttäviä täysikäisiä potilaita. Ikäjakaumakin vastaa hyvin terveyskeskuslääkärillä käyvien potilaiden ikäjakaumaa, sillä eniten terveyskeskuksissa käyvät 65 vuotta täyttäneet (34, 35). Kyselylomake on kansainvälisesti suunniteltu, joten voi olla, että jokin asiakohdista ei täysin istu suomalaiseen terveyskeskusympäristöön. Lomakkeet olivat kuitenkin hyvin täytettyjä, ja puuttuvia tietoja oli vain hyvin vähän, minkä vuoksi arvelemme kyselylomakkeen toimineen hyvin.

Aiemman tutkimustiedon mukaisesti (32) tärkeänä pidetty helppo ajan saaminen lääkärin vastaanotolle ilman pitkiä odotusaikoja puhelimesta nousi terveyspalveluiden järjestämistä koskevista kohdista tärkeimmäksi myös tässä tutkimuksessa. Potilaan valinnanvapautta on suomalaisessa terveyspalveluiden järjestämisessä korostettu viime vuosina. Mahdollisuus valita terveyskeskus on sisällytetty myös terveydenhuoltolakiin (Terveydenhuoltolaki 47 §). Kuitenkaan tähän tutkimukseen osallistuneet eivät pitäneet kovin tärkeänä vapautta mennä toisen lääkärin vastaanotolle verrattuna muihin terveyspalveluihin koskeviin kysymyksiin, ja esimerkiksi sijainti merkitsi vastaajille enemmän. Toisaalta tämä tulos on yhdensuuntainen sen kanssa, mitä arkikokemuksen perusteella tiedetään halukkuudesta terveyskeskuksen vaihtamiseen terveydenhuoltolain voimaantulon jälkeen. Kaikista kyselyyn vastanneista yli puolet piti pitkiä aukioloaikoja tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Lisäksi hyvin tärkeänä pidettiin tietoa siitä, kuinka toimia iltaisin, öisin tai viikonloppuisin lääkäriä tarvittaessa. ”Kiireiset keski-ikäiset” erottuivat muista ikäryhmistä, sillä heille lyhyet odotusajat puhelimesta ja pitkät vastaanoton aukioloajat olivat vielä tärkeämpiä kuin muille. Päivystysuudistuksen myötä tuleva päivystyspaikkojen harveneminen voi luodakin painetta iltavastaanottoaikojen lisäämiseen.

Kaikki vastaajat taustoistaan riippumatta pitivät vuorovaikutukseen liittyviä asioita hyvin tärkeinä, pitkäaikaissairaat muita useammin. Tärkeimpinä asioina erottuivat toive tulla huomioduksi yksilönä ja kokemus siitä, että lääkäri paneutuu potilaan asiaan. Tässä tutkimuksessa vastaajat eivät kuitenkaan pitäneet kovin tärkeänä, että lääkäri olisi tietoinen heidän henkilökohtaisesta, sosiaalisesta ja kulttuurisesta taustastaan. Havainto on mielenkiintoinen, koska se on ristiriidassa sen kanssa, mitä yleislääkärit itse näkevät työssään tärkeänä. Yleislääkärit korostavat potilaansa perinpohjaista tuntemista, mikä sisältyy myös yleislääketieteen määritelmään (36).

Tutkimuksessa mukana olleet potilaat olivat ilmeisen valmiita osallistumaan aktiivisesti omaan hoitoonsa, pitkäaikaissairaat vielä muita enemmän. Havainto on tärkeä vastaanottotoiminnan kehittämisen näkökulmasta, sillä tuoreen tutkimuksen mukaan noin kolmanneksessa tapauksista lääkäri ei kysy potilaan mielipidettä lainkaan hoitoa suunnitellessaan (31). Tässä tutkimuksessa vain pieni osa kaikista vastaajista piti tärkeänä saada tietoa luotettavista Internet-sivustoista, mikä johtuu luultavasti siitä, että vastaajat olivat melko iäkkäitä. Tämän vuoksi voitaneen arvella, että terveyspalveluiden perustaminen omahoitosivustojen tai älypuhelinsovelluksien kaltaisten

apukeinojen varaan voi olla suomalaisille terveyskeskuksille vielä liian aikaista; ne tavoittavat vasta nuoremman väestönsosan. Tulevaisuudessa älypuhelinsovelluksia ja muita teknologisia sovelluksia voidaan käyttää aktivoimaan potilaita kotioloissa ja auttamaan terveyden seurannassa, sillä vastaajat osoittivat valmiutta aktiivisuuteen oman terveytensä hoidossa.

Yhteenvetona voidaan todeta, että potilaiden odotukset lääkärikäyntien suhteen vastasivat tämän tutkimuksen perusteella melko hyvin sitä, mitä ennakkoon saatettiin kuvitellakin. Esiin nousivat helppo pääsy vastaanotolle, potilaan kuunteleminen ja ongelmaan paneutuminen sekä kokemus vastaanottokäynnin hyödyllisyydestä. Toisaalta tutkimus osoitti, että suurin osa potilaista on halukkaita osallistumaan omaan hoitoonsa aktiivisesti, mikä tarjoaa hyvän perustan muutokselle kohti potilaslähtöistä terveydenhuoltoa.

LÄHTEET

1. Lee YK, Low WY, Ng CJ. Exploring Patient Values in Medical Decision Making: A Qualitative Study. *PLoS ONE* 2013;8(11): e80051
2. Bertakis KD, Azari R. Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Education and Counseling* 2011;85(1):46-52
3. Brazier JE, Dixon S, Ratcliffe J. The role of patient preferences in cost-effectiveness analysis: a conflict of values? *Pharmacoeconomics* 2009;27(9):705-12
4. Morgan CI, Beerstecher HJ. Satisfaction, demand, and opening hours in primary care: an observational study. *Br J Gen Pract* 2011;DOI:10.3399/bjgp11X588475
5. Mazza D, Shand LK, Warren N, Keleher H, Browning CJ, Bruce EJ. General Practice and preventive health care: a view through the eyes of community members. *MJA* 2011;195:180-183
6. Lasserson DS, Chandratheva A, Giles MF, Mant D, Rothwell PM. Influence of general practice opening hours on delay in seeking medical attention after transient ischaemic attack (TIA) and minor stroke: prospective population based study. *BMJ* 2008;337:a1569
7. Gerard K, Salisbury C, Street D, Pope C, Baxter H. Is fast access to general practice all that should matter? A discrete choice experiment if patients' preferences. *J Health Serv Res Policy* 2008;2:3-10
8. Cowling TE, Harris MJ, Watt HC, Gibbons DC, Majeed A. *Br J Gen Pract* 2014;64(624):e434-9
9. Zhou Y, Abel G, Warren F, Roland M, Campbell J, Lyratzopoulos G. Do difficulties in accessing in-hours primary care predict higher use of out-of-hours GP services? Evidence from an English National Patient Survey. *Emerg Med J* 2014;0:1-6
10. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, et al. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice* 2006;23:308-316
11. Kristjansson E, Hogg W, Dahrouge S, Tuna M, Mayo-Bruinsma L, Gerbemichael G. Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. *BMC Family Practice* 2013;14:72
12. Deledda G, Moretti F, Rimondini M, Zimmermann C. How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Educ Couns* 2013;90(3):297-306
13. Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009;47(8):826-34
14. Katz DA, McCoy K, Vaughan Sarrazin M. Does Improved Continuity of Primary Care Affect Clinician-Patient Communication in VA? *Journal of General Internal Medicine* 2013;09
15. Mira JJ, Orozco-Beltrán D, Pérez-Jover V, Martínez-Jimeno L, Gil-Guillén VF, Carratala-Munuera C, Sánchez-Molla M, Pertusa-Martínez S, Asencio-Aznar A. Physician patient communication failure facilitates medication errors in older polymedicated patients with multiple comorbidities. *Family practice* 2013;30:56-63
16. Chassany O, Boureau F, Liard F, Bertin P, Serrie A, Ferran P, Keddad Karim, Jolivet-Landreau I, Marchand S. Effects of Training on General Practitioners' Management of pain in osteoarthritis: A Randomized Multicenter Study. *J Rheumatol* 2006;33:1827-34
17. Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller III ER, Barr MS, Levine DM. A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. *J Gen Intern Med* 2011;26(11):1297-304
18. Krones T, Keller H, Sönnichsen A, Sadowski EM, Baum E, Wegscheider K, Rochon J, Donner-Banzhoff N. Absolute Cardiovascular Disease Risk and Shared Decision Making in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med* 2008;6:218-227
19. Légaré F, Labrecque M, Cauchon M, Castel J, Turcotte S, Grimshaw J. Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2012;184(13):E726-34
20. Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Härter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling* 2007;65:69-78
21. Pill R, Stott NC, Rollnick SR, Rees M. A randomized controlled trial of an intervention designed to practice to Type II diabetic patients: patient outcomes and professional ability to change behavior. *Fam pract* 1998;15:229-35
22. De la Vega R, Roset R, Castarlenas E, Sánchez-Rodríguez E, Solé E, Miró J. Development and Testing of Painometer: A Smartphone App to Assess Pain Intensity. *J. Pain* 2014;S1526-5900(14)00721-4
23. Wayne N, Ritvo P. Smartphone-Enabled Health Coach Intervention for People With Diabetes From a Modest Socioeconomic Strata Community: Single-Arm Longitudinal Feasibility Study. *J Med Internet Res* 2014;16(6):e149
24. Ahtinen A, Mattila E, Välikynen P, Kaipainen K, Vanhala T, Ermes M, Sairanen E, Myllymäki T, Lappalainen R. Mobile mental wellness training for stress management: feasibility and design implications based on a one-month field study. *JMIR Mhealth Uhealth* 2013;10;1(2):e11

25. Azar KM, Lesser LI, Laing BY, Stephens J, Aurora MS, Burke LE, Palaniappan LP. Mobile applications for weight management: theory-based content analysis. *Am J Prev Med* 2013;45(5):583-9
26. Stuckey MI, Shapiro S, Gill DP, Petrella RJ. A lifestyle intervention supported by mobile health technologies to improve the cardiometabolic risk profile of individuals at risk for cardiovascular disease and type 2 diabetes: study rationale and protocol. *BMC Public Health* 2013;13:1051
27. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2014/Sivut/2014-09-02-itse-ja-omahoitopalvelut-projekti.aspx>
28. Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Potilastyytyväisyyden mittaaminen perusterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 2008;63(33):2622-26
29. Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. *Br J Gen Pract* 2014;64(627):e657-63
30. Kangaspunta V, Koskela T, Soini E, Ryyänänen O-P. Potilaiden arvioon terveyskeskuskäynnin hyödystä vaikuttavat tekijät. *Suomen Lääkärilehti* 2014;69(22):1654-59
31. Kuusisto K, Koskela T, Nykänen I, Kumpusalo E. Sepelvaltimopotilaan näkökulma toteutuu huonosti terveyskeskushoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 2013;68(41):2589-93
32. Seilo N, Koskela T, Jääskeläinen J, Mattila K. Pitkäaikainen hoitosuhde on tärkeä terveyskeskuspotilaille. *Yleislääkäri* 2009;24(6):27-30
33. Schäfer WLA, Boerma WGW, Kringos DS, Maeseneer JD, Greß S, Heinemann S, Rotar-Pavlic D, Seghieri C et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice* 2011;12:115
34. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr24_10.pdf
35. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110729/Tr29_13.pdf?sequence=5
36. www.woncaeurope.org The European definition of general practice / family medicine 2011, short version